

развития ХПН от начала заболевания, стадий, клинических проявлений и исходов.

Методы: анализ историй болезней 70 детей с ХПН, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ДРКБ за 2000-2007 гг.

Результаты: 40 человек (57%) составили мальчики, 30 (43%) — девочки. Дети раннего возраста составили 3 человек (4%), дошкольного возраста — 7 человек (10%), младшего школьного — 17 (24%), старшего школьного — 43 (62%) ребенка.

Основным заболеванием, приведшим к развитию ХПН, явился хронический обструктивный пиелонефрит, который наблюдался в 30 случаях (43%), дисэмбриогенез почек наблюдался в 27 (38%), хронический гломерулонефрит в 7 (10%), тубулоинтерстициальное поражение почек после перенесенной острой почечной недостаточности в 2 (3%), наследственный нефрит в 2 (3%), системная красная волчанка (СКВ) в 2 (3%).

Латентная стадия ХПН была диагностирована у 36 больных (52%), полиурическая у 5 (7%), интермиттирующая у 6 (8%), терминальная у 23 (33%).

Клиника ХПН в латентную стадию проявлялась стойким нарушением концентрационной функции почек (гипоизостенурия, никтурия в 100%), снижением скорости клубочковой фильтрации (скф) до 65 мл/мин в 25%, у 10% пациентов отмечались жалобы на утомляемость, общую слабость.

В полиурическую стадию выявлялись жалобы на утомляемость, полидипсию, полиурию у 85%, снижение скф до 30-40 мл/мин, канальцевой реабсорбции до 98%, азотемию (креатинин 120-150 мкмоль/л, мочевины до 11 ммоль/л у 100%),

анемию легкой степени у 43%, дисэлектролитерию (гипоСа, гипоСлемия) в 64%.

В интермиттирующую стадию ХПН наблюдались отставание в физическом развитии в 85%, синдром интоксикации, азотемия (креатинин до 215 мкмоль/л, мочевины до 12 ммоль/л в 100%), дисэлектролитерия, метаболический ацидоз в 100%, анемия легкой-средней степени в 78%, снижение скф до 20-30 мл/мин, канальцевой реабсорбции до 88% в 100%.

Терминальная стадия проявлялась олигурией-анурией, отставанием в физическом и половом развитии, остеодистрофией, артериальной гипертензией, анемией тяжелой степени, декомпенсированным ацидозом, дисэлектролитерией, гиперазотемией (креатинин до 300-400 мкмоль/л, мочевины до 15 ммоль/л), иммунодефицитным состоянием, интоксикацией.

Четырем детям (8,3%) была проведена аллотрансплантация почек, при последующем наблюдении выявлено осложнение в виде криза отторжения в 1 случае, пиелонефрит трансплантата в 2 случаях, возвратного гломерулонефрита трансплантата в 1 случае. Ретрансплантация проведена двум детям.

Пациенты получали посиндромную терапию, направленную на коррекцию тех или иных синдромов, на улучшение почечного кровотока, нефропротекторную терапию.

Исходы: летальный исход — 1 человек (1,4%), латентная стадия — 32 человека (45,9%), полиурическая — 5 (8,3%), интермиттирующая — 7 (9%), терминальная — 25 (35,4%).

Таким образом, ранняя диагностика, лечение основного заболевания, нефропротекторная терапия способствуют замедлению прогрессирования ХПН, а в ряде случаев обратному развитию полиурической стадии в латентную.

616-001-053.2

Е.Г. МУЗИНА, А.П. СКВОРЦОВ, П.С. АНДРЕЕВ

Центр травматологии Республиканской клинической больницы, г. Казань

Предупреждение варусной деформации дистракционного регенерата при удлинении бедренной кости у детей аппаратами внешней фиксации

При удлинении бедра у детей и подростков в настоящее время используются как спицевые (аппарат Г.А.Илизарова), так и комбинированные спице-стержневые и стержневые конструкции аппаратов внешней фиксации.

Применяемый в классическом виде аппарат Илизарова со спицевой системой фиксации на бедре используется в настоящее время на указанном сегменте все меньшим количеством травматологов-ортопедов, в то время как большую популярность приобретают системы, состоящие из кольцевых опор со спицами на дистальном отделе бедра, в сочетании со стержневыми элементами фиксации на проксимальном отделе или стержневые аппараты в чистом виде.

Если аппарат Г.А.Илизарова, используемый на бедре, с биомеханической точки зрения можно отнести к наиболее совершенной конструкции аппаратов внешней фиксации, при-

меняемой на указанном сегменте, главным недостатком аппаратов односторонней фиксации (несмотря на их удобство) при лечении указанной патологии является постепенное развитие варусной деформации конструкции аппарата при возникновении дистракционных усилий, превосходящих по своей величине жесткость применяемого аппарата. Обычно деформации наступают по резьбовым штангам, соединяющим дистальную и проксимальную части аппарата, или по внутрикостным стержням. Варусная деформация, наступающая при этом, обусловлена увеличением компрессирующих сил при удлинении бедренной кости, что вызвано, в основном, противодействием тяги приводящих мышц бедра. Таким образом, недостатком односторонних систем фиксации является то, что они обеспечивают стабильность вдоль поперечной оси и стабильность к скручивающим усилиям за счет потери продольной упругости.



Нами при лечении больных с указанной патологией применяются как стержневые, так и комбинированные спице-стержневые аппараты собственной конструкции, лишенные вышеуказанных недостатков.

Применяемый спице-стержневой аппарат снабжен диагональной дистракционной балкой между дистальной и проксимальной базовыми опорами аппарата. Роль дистальной базовой опоры выполняет кольцевая опора аппарата Г.А.Илизарова, а проксимальных опор — изогнутые пластины, установленные на внутрикостных стержнях. При развитии дистракционных усилий в аппарате параллельно дистракции по резьбовым стержням, соединяющим опоры аппарата, осуществляется дистракция за счет раздвижной штанги. После выполнения каждого фрагмента дистракции стабильность достигнутой длины раздвижной штанги сохраняется с помощью фиксирующего элемента. Диагональная дистракционная балка фиксируется

с проксимальной и дистальной базовыми опорами с помощью шарниров. При сопоставимости дистракционного усилия по резьбовым стержням, соединяющим опоры аппарата, и дистракционного усилия по раздвижной штанге исключается варусная деформация элементов аппарата, а также удлиняемого костного сегмента. При использовании стержневого аппарата собственной разработки конструктивной особенностью последнего является расположение на опорах медиализированных и латерализированных пар резьбовых штанг. Такое расположение штанг позволяет использовать медиализированные пары штанг для дистракции (то есть непосредственно для удлинения сегмента), а латерализированные относительно оси удлиняемого сегмента пары резьбовых штанг используются для компрессии по последним с целью преодоления дистракционных усилий и развития варусной деформации элементов аппарата.

314.14.001.8-053.2

**И.В. НИКОЛАЕВА, В.А. АНОХИН, Л.М. МАЛЫШЕВА, В.А. САМАТОВ,
Ю.Р. УРМАНЧЕЕВА, Т.С. СЕМЕНОВА, И.В. ГИРУЦКАЯ**

Казанский государственный медицинский университет

Республиканская инфекционная клиническая больница, г. Казань

Анализ причин летальности у детей инфекционного стационара

Несмотря на интенсивное развитие медицины, инфекционная патология остается одной из основных причин детской смертности. По данным ВОЗ (2004 г.), 50% случаев смерти детей в возрасте до 5 лет в мире вызваны инфекционными заболеваниями (патологии органов дыхания, острые кишечные инфекции, корь, малярия, СПИД).

Мы провели анализ причин летальности у детей, получавших лечение в клинике № 3 РКИБ г. Казани за 10 летний период (с 1998 по 2008 гг.). Клиника № 3 РКИБ осуществляет специализированную медицинскую помощь детям с различной инфекционной патологией: внутриутробные инфекции (в т.ч. ВИЧ-инфекция, сифилис), сепсис, гнойно-воспалительные заболевания новорожденных, ОКИ, ОРВИ, воздушно-капельные инфекции. В стационаре имеется отделение реанимации. За 10-летний период в стационаре зарегистрировано 57 летальных исходов. Всего умерло 28 девочек и 29 мальчиков. Большинство летальных исходов зарегистрированы у детей первого года жизни (46 случаев — 80,7%), в том числе: в раннем неонатальном периоде умерло 6 детей (10,6%), в позднем неонатальном периоде — 11 детей (19,3%), в возрасте от 28 дней до 1 года — 28 детей (49,1%). 11 детей умерли в возрасте старше 1 года. Сроки наступления летальных исходов были различны, но большинство детей (70,2%) умерли в первые 3 суток с момента поступления в стационар, в т.ч. досуточная летальность зарегистрирована у 26 детей (45,6%). Длительность пребывания в стационаре у 17 детей составила от 4 дней

до 4 месяцев. Дети были госпитализированы в стационар со следующими диагнозами: острое респираторное заболевание (27 случаев), ОКИ (11), ВУИ (10), нейроинфекции (5), сепсис (4). У всех детей был отягощенный преморбидный фон. 23 (33,1%) ребенка имели врожденный порок сердца, 10 (14,4%) детей родились недоношенными, у 15 (21,6%) детей имелась ППЦНС, у 5 (7,2%) детей — ЗВУР, у 8 (11,5%) — болезнь Дауна, у 2 (1,4%) — внутриутробный контакт по ВИЧ-инфекции, у 5 детей (10,1%) — внутриутробный контакт по сифилису, 1 ребенок страдал амиотрофией (1,4%). По клинко-лабораторным данным и результатам патолого-анатомического исследования непосредственной причиной смерти у 26 детей (45,6%) стала полиорганная недостаточность, у 7 (12,3%) — дыхательная недостаточность, у 6 (10,5%) — острая сердечная недостаточность, у 2 детей — ИТШ, у 3 (5,2%) — отек-набухание головного мозга, у 2 (3,5%) — острая надпочечниковая недостаточность. С учетом данных патологоанатомического исследования 20 (35,1%) детей умерло от неинфекционной патологии: декомпенсированный ВПС (12 случаев, в том числе 3 случая врожденного фиброзласто́за миокарда), острый кардит (1), синдром дыхательных расстройств (1), аспирация (2), субарахноидальное и внутрижелудочковое кровоизлияние (2), врожденная патология мочевыделительной системы (1). В структуре летальности среди инфекционных заболеваний наиболее частой причиной смерти были острые респираторные заболевания (11 случаев), в т.ч. тяжелая форма коклюша